Bernd Scheiblich
Zahnarzt

Anmeldung

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und risikofreie Behandlung auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir streben für unsere Patienten eine optimale Zahnerhaltung und -pflege an und bieten Ihnen die Möglichkeit einer Behandlung auf höchstem Niveau.

Jedoch werden einige unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen oder Versicherungen bezahlt. In der Regel werden Sie persönlich für diese Behandlungen aufkommen müssen.

Wir informieren Sie vor der Behandlung über den Umfang dieser Leistungen.

Patient/in:

Name _____ Vorname _____

Wohnort _____ Straße _____

Geburtsdatum _____ Telefon privat _____

Telefax _____ Telefon gesch. _____

Email Adresse _____

Versicherter _____

Krankenkasse _____

◯ privat ◯ gesetzlich ◯ freiwillig ◯ Rentner ◯ Beihilfe

Weshalb kommen Sie zu uns? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Über welche zahnärztlichen Themen wünschen Sie zusätzliche Informationen? _____

Wer hat Sie empfohlen? _____

Bitte beachten Sie auch die Rückseite des Anmeldebogens. ›››

Folgende Angaben über Ihren Gesundheitszustand sind für uns von großer Wichtigkeit. Bitte beantworten Sie die Fragen und teilen Sie uns Änderungen mit. **Vielen Dank.**

Bernd Scheiblich
Zahnarzt

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Telefonnummer

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung, wenn "ja" aus welchem Grund?

◯ nein ◯ ja

Grund / Behandelnder Arzt

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein, wenn "ja" welche und in welcher Dosis?

◯ nein ◯ ja

Medikament / Dosis

Sind bei Ihnen Allergien, unter anderem auf Medikamente bekannt, wenn "ja" welche?

◯ nein ◯ ja

Allergie / Medikament

Haben oder hatten Sie eine ansteckende Erkrankung wie Hepatitis, AIDS oder ähnliches?

◯ nein ◯ ja

Erkrankung

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

◯ Lebererkrankungen
◯ Gelenk-Rheumatismus
◯ Tuberkulose
◯ epileptische Anfälle
◯ Stoffwechselerkrankungen
◯ Herz- oder Kreislauferkrankungen
◯ Blutgerinnungsstörungen
◯ Glaukom (grüner Star)
◯ Kopfschmerzen, Migräne

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

◯ nein ◯ ja

Geburtstermin

Datum

Unterschrift